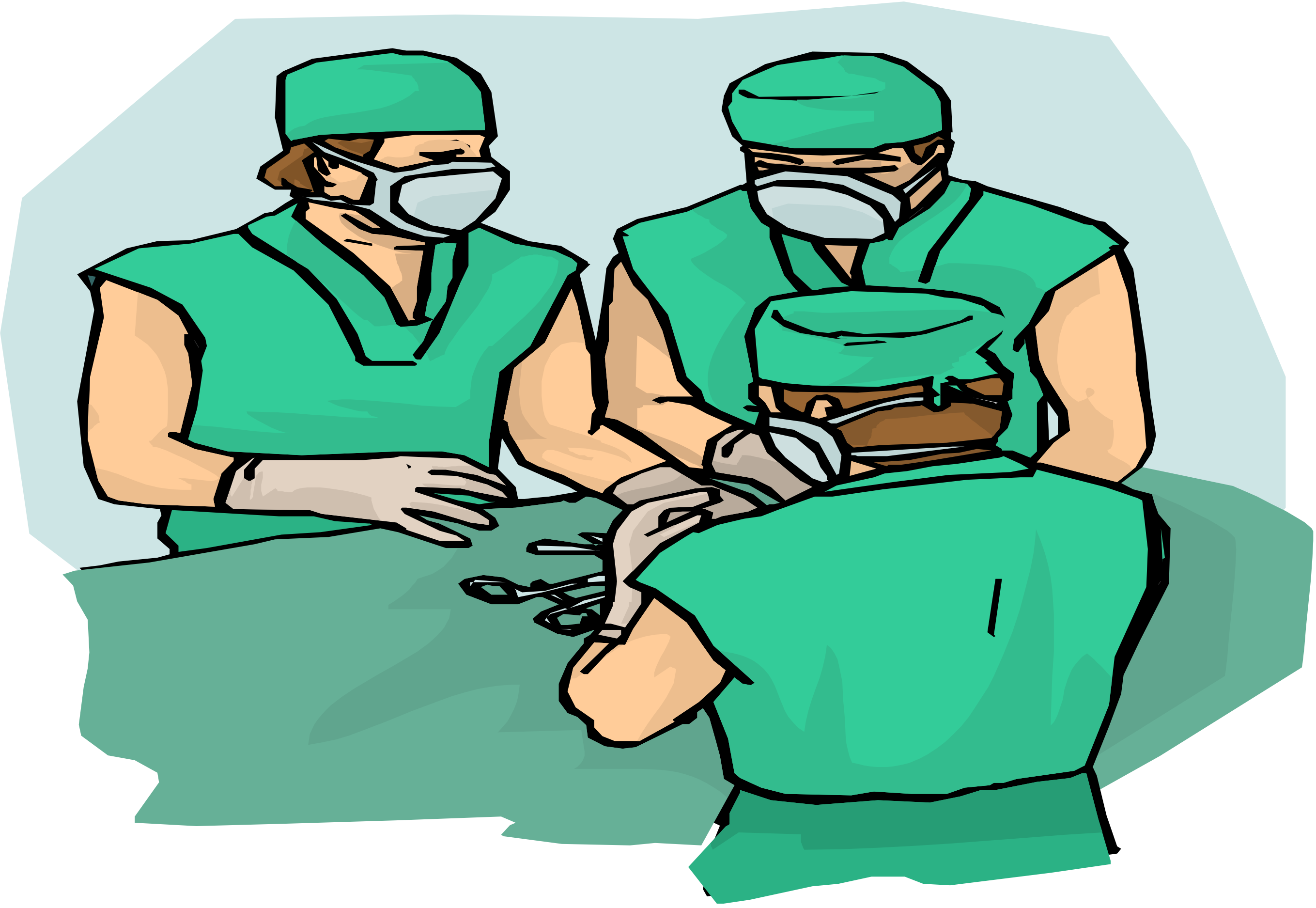


Υγεία Ασφάλεια της Εργασίας στα Νοσοκομεία

Δρ Χρήστος Ψαρόπουλος
Καθηγητής ΕΚΔΔ
Πραγματογνώμονας ΕΣΥΔ και ΕΦΕΤ

Έκδοση 2008 -Αθήνα

Υγεία και ασφάλεια της εργασίας στα νοσοκομεία

Νομοθεσία

Η νομοθεσία για την Υγεία και την Ασφάλεια στην Εργασία (ΥΑΕ) έχει εξελιχθεί τα τελευταία έτη υπό την αναγκαιότητα να αναπτυχθεί η ενημέρωση των εργαζομένων, ο διάλογος και οι συμμετοχικές διαδικασίες μεταξύ εργοδοτών και εργαζομένων και υπό την κοινή παραδοχή, ότι η βελτίωση της ΥΑΕ αντιπροσωπεύει ένα στόχο ο οποίος δεν μπορεί να εξαρτάται από καθαρά οικονομικές εκτιμήσεις.

Στην Ελλάδα, ο νόμος 1568/85 αποτέλεσε το εφαλτήριο για τον εκσυγχρονισμό του θεσμικού πλαισίου της προστασίας της υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων. Με την κοινή υπουργική απόφαση 88555/3293/1988 (που κυρώθηκε με το άρθρο 39 του Ν. 1836/89) και το Π.Δ. 157/92 επεκτάθηκε η εφαρμογή του 1568 και των προεδρικών διαταγμάτων που είχαν εκδοθεί με τις εξουσιοδοτήσεις του, στα δημόσια νοσοκομεία. Στη συνέχεια, με τα Π.Δ. 294/88, 17/96 και 159/99, το θεσμικό πλαίσιο συμπληρώθηκε και εναρμονίστηκε με το αντίστοιχο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Στο θεσμικό πλαίσιο ορίστηκαν και καθιερώθηκαν τα **όργανα βελτίωσης των συνθηκών εργασίας στην επιχείρηση και οι αρμοδιότητές τους.** Τα όργανα αυτά είναι η Επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (ΕΥΑΕ), αποτελούμενη από εκλεγμένους αντιπροσώπους των εργαζομένων, ο Τεχνικός Ασφάλειας και ο Ιατρός Εργασίας ή οι Υπηρεσίες Προστασίας και Πρόληψης (ΥΠΠ). Στο νόμο διατυπώνεται ρητά **η γενική αρχή της ευθύνης του εργοδότη,** σύμφωνα με την οποία «ο εργοδότης είναι υπεύθυνος για την ασφάλεια και την υγεία των εργαζομένων στην επιχείρησή του και δεν απαλλάσσεται από αυτή την ευθύνη του ούτε όταν οι εργαζόμενοι δεν τηρούν τις υποχρεώσεις τους ούτε όταν αναθέτει καθήκοντα προστασίας και πρόληψης του επαγγελματικού κινδύνου στον τεχνικό ασφάλειας ή/και στο γιατρό εργασίας ή/και σε αρμόδιες ΥΠΠ. Ορίστηκαν επίσης **τα αρμόδια όργανα ελέγχου του υπουργείου απασχόλησης** και οι διοικητικές και ποινικές κυρώσεις (άρθρα 24 και 25 του Ν. 2294/94 και άρθρα 16 και 17 του Ν. 2639/98) που δύναται να επιβληθούν σε περίπτωση παράβασης των διατάξεων. Για τα δημόσια νοσοκομεία δε μπορούν να επιβληθούν διοικητικές κυρώσεις προστίμου (άρθρο 6 της ΚΥΑ 88555/3293/88), αλλά τις κυρώσεις συναποφασίζουν οι υπουργοί προεδρίας της κυβέρνησης και υγείας, αφού λάβουν αιτιολογημένη έκθεση από τον επιθεωρητή εργασίας.

Τέλος στο νόμο ορίστηκαν οι υποχρεώσεις εργοδοτών και εργαζομένων. Τα χρόνια που ακολούθησαν ψηφίσθηκαν και αποτελούν νομοθεσία του ελληνικού κράτους πολυάριθμες οδηγίες (νόμοι, προεδρικά διατάγματα, υπουργικές αποφάσεις) με εφαρμογή στο νοσοκομειακό τομέα. Αναλυτικοί επικαιροποιημένοι κατάλογοι νομοθεσίας για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία υπάρχουν στην ηλεκτρονική διεύθυνση του ΕΛΙΝΥΑΕ (www.elinyae.gr).

Συμπερασματικά, σε όλα τα νοσοκομεία οι θεσμικές υποχρεώσεις για την υγεία και ασφάλεια στην εργασία άρχισαν να ισχύουν από το 1992. Με βάση αυτές τις υποχρεώσεις σε κάθε νοσοκομείο πρέ-

πει να λαμβάνονται όλα τα αναγκαία μέτρα, με τα οποία θα εξασφαλίζεται η προστασία της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων. Η εφαρμογή των μέτρων πρέπει να γίνεται με βάση συγκεκριμένες γενικές αρχές πρόληψης (π.χ. αποφυγής των κινδύνων, καταπολέμησης στην πηγή τους, προσαρμογής της εργασίας στον άνθρωπο κ.λπ.). Στα μέτρα, που σε καμία περίπτωση δεν συνεπάγονται την οικονομική επιβάρυνση των εργαζομένων, περιλαμβάνονται δραστηριότητες πρόληψης των επαγγελματικών κινδύνων, ενημέρωσης και κατάρτισης, δημιουργίας της απαραίτητης οργάνωσης και παροχής των αναγκαίων μέσων. Στη συνέχεια θα επισημανθούν οι βασικότερες **υποχρεώσεις των εργοδοτών (δηλαδή των διοικήσεων των νοσοκομείων) και των εργαζομένων** για την υγεία και ασφάλεια στην εργασία.

1. Η υποχρέωση παροχής υπηρεσιών προστασίας και πρόληψης. Σε όλα τα νοσοκομεία ανεξαρτήτως αριθμού εργαζομένων **ο εργοδότης έχει την υποχρέωση να χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες τεχνικού ασφάλειας και γιατρού εργασίας.** Ο γιατρός εργασίας είναι απαραίτητος και σε νοσοκομεία που απασχολούν λιγότερους από 50 εργαζόμενους, εκτός εάν από την εκτίμηση των κινδύνων δεν καταδειχθεί κίνδυνος για την υγεία ή την ασφάλεια των εργαζομένων από τις καρκινογόνες ουσίες, τους βιολογικούς παράγοντες κ.λπ. Το νοσοκομείο, προκειμένου να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις του για παροχή υπηρεσιών προστασίας και πρόληψης, δύναται να επιλέξει μεταξύ των περιπτώσεων ανάθεσης των καθηκόντων τεχνικού ασφάλειας και γιατρού εργασίας: σε εργαζόμενους στην επιχείρηση, σε άτομα εκτός της επιχείρησης, σε εξωτερικές υπηρεσίες προστασίας και πρόληψης (ΕΞΥΠΠ) ή σε συνδυασμό μεταξύ αυτών των δυνατοτήτων.
2. Ο εργοδότης οφείλει να εκτιμά τους κινδύνους για την ασφάλεια και την υγεία των εργαζομένων κατά την εργασία. Σε κάθε νοσοκομείο πρέπει να υπάρχει μία **γραπτή εκτίμηση των υφισταμένων κατά την εργασία κινδύνων για την ασφάλεια και την υγεία των εργαζομένων και να καθορίζονται τα μέτρα προστασίας που πρέπει να ληφθούν.** Σκοπός της εκτίμησης των κινδύνων είναι να ενσωματωθεί η πρόληψη στην λειτουργία της επιχείρησης, να ιεραρχηθούν οι κίνδυνοι και να τεθούν προτεραιότητες ώστε να εξασφαλίζεται η υγεία και η ασφάλεια των εργαζομένων. *[**Παράρτημα 1:** Βασικές Οδηγίες για τη σύνταξη της Εκτίμησης του Επαγγελματικού Κινδύνου στα Νοσοκομεία].*
3. Η ανάθεση καθηκόντων σε εργαζόμενο προϋποθέτει την υποχρέωση του εργοδότη **να λαμβάνει υπόψη τις ικανότητες του εν λόγω εργαζόμενου που σχετίζονται με την υγεία και την ασφάλεια.** Για το λόγο αυτό, ο γιατρός εργασίας οφείλει να γνωματεύει γραπτώς για την καταλληλότητα του εργαζομένου για τη συγκεκριμένη εργασία. *[κεφάλαιο: Ιατρική επίβλεψη των εργαζομένων στα Νοσοκομεία].*
4. **Η υποχρέωση του εργοδότη για ενημέρωση και εκπαίδευση των εργαζομένων.** Η ενημέρωση περιλαμβάνει θέματα της σχετικής νομοθεσίας, τους κινδύνους και τα μέτρα που λαμβάνονται και τις δραστηριότητες προστασίας και πρόληψης που ασκούνται καθώς και τους υπευθύνους για τις πρώτες βοήθειες, την πυρασφάλεια και την εκκένωση των χώρων. Ο εργοδότης υποχρεούται να **παρέχει σε κάθε εργαζόμενο κατάλληλη και επαρκή εκπαίδευση στον τομέα της ασφάλειας και της υγείας μετά την πρόσληψή του, σε τυχόν μετάθεση ή αλλαγή καθηκόντων του ή σε περίπτωση εισαγωγής ή αλλαγής εξοπλισμού εργασίας ή εισαγωγής μιας νέας τεχνολογίας.** Η εκπαίδευση αυτή πρέπει να προσαρμόζεται στην εκτίμηση των κινδύνων και να

τους εκπροσώπους τους. Παράλληλα ο εργοδότης υποχρεούται να ενημερώνει τους εργολάβους που εκτελούν εργασίες στο νοσοκομείο και να εξασφαλίζει την ενημέρωση υπό μορφή οδηγιών και για τους εργαζόμενους των εργολάβων. *[**Παράρτημα 2:** Εκπαιδευτικά Προγράμματα των εργαζομένων στα Νοσοκομεία]*

5. Ο εργοδότης υποχρεούται **να διαβουλεύεται με τους εργαζόμενους και τους εκπροσώπους τους και να επιτρέπει τη συμμετοχή τους για όλα τα θέματα που άπτονται της ασφάλειας και της υγείας τους κατά την εργασία.** Τέτοια θέματα περιλαμβάνουν την παροχή υπηρεσιών τεχνικού ασφάλειας και γιατρού εργασίας, τον ορισμό των υπευθύνων εργαζομένων για τις πρώτες βοήθειες, την πυρασφάλεια και την εκκένωση των χώρων, τη γραπτή εκτίμηση των κινδύνων, την ενημέρωση και την εκπαίδευση.
6. Οι εργοδότες, επίσης, οφείλουν να **αναγγέλλουν στις αρμόδιες επιθεωρήσεις εργασίας και στις αρμόδιες υπηρεσίες των ασφαλιστικών οργανισμών εντός 24 ωρών όλα τα εργατικά ατυχήματα** και να τηρούν αρχεία των ατυχημάτων.
7. Ο εργοδότης υποχρεούται να λαμβάνει όλα τα αναγκαία τεχνικά και οργανωτικά μέτρα (κατάλληλες υποδομές, διασυνδέσεις με αρμόδιες εξωτερικές υπηρεσίες, ορισμός υπευθύνων εργαζομένων κατάλληλα επιμορφωμένων) για να αντιμετωπίζονται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τα θέματα των **πρώτων βοηθειών, της πυρασφάλειας και της εκκένωσης των χώρων.** Επίσης έχει υποχρέωση να λαμβάνει μέτρα για τις περιπτώσεις σοβαρού και άμεσου κινδύνου (π.χ. επιδημία SARS). Αν εργαζόμενος ο οποίος, σε περίπτωση σοβαρού άμεσου και αναπόφευκτου κινδύνου, απομακρύνεται από τη θέση εργασίας του ή/και από μια επικίνδυνη ζώνη, προστατεύεται από κάθε ζημιογόνο και αδικαιολόγητη συνέπεια. Παράλληλα, κάθε εργαζόμενος, αν ο εργοδότης έχει παραβεί τις υποχρεώσεις του, έχει το δικαίωμα που απορρέει από το άρθρο 662 του αστικού κώδικα, ανάλογα με τον κίνδυνο ή τη βλάβη που υφίσταται να απέχει από την εργασία του και να αξιώσει αποζημίωση από τον εργοδότη.
8. **Κάθε εργαζόμενος υποχρεούται να εφαρμόζει τους κανόνες υγιεινής και ασφάλειας και να φροντίζει για την ασφάλεια και την υγεία του καθώς και για την ασφάλεια και την υγεία των άλλων ατόμων που επηρεάζονται από τις πράξεις ή παραλείψεις του κατά την εργασία.** Σε αυτά περιλαμβάνονται η σωστή χρήση μηχανημάτων, εξοπλισμού, ατομικών μέσων προστασίας, η άμεση αναφορά στον εργοδότη και στους υπεύθυνους ασφάλειας κάθε επικίνδυνης κατάστασης και παράλειψης. Οι εργαζόμενοι οφείλουν να συντρέχουν τον εργοδότη και όσους ασκούν αρμοδιότητες τεχνικού ασφάλειας και γιατρού εργασίας για τη βελτίωση των συνθηκών υγείας και ασφάλειας και να παρακολουθούν τα σχετικά εκπαιδευτικά σεμινάρια ή άλλα επιμορφωτικά προγράμματα.
9. **Οι εργαζόμενοι έχουν δικαίωμα να συστήνουν Επιτροπές Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (ΕΥΑΕ).** Οι εκπρόσωποι των εργαζομένων έχουν δικαίωμα να ζητούν από τον εργοδότη να λαμβάνει μέτρα, να υποβάλλουν στον εργοδότη σχετικές προτάσεις, να παρίστανται κατά τους ελέγχους που διεξάγει η αρμόδια επιθεώρηση εργασίας και να διατυπώνουν παρατηρήσεις. Οι εργαζόμενοι ή οι εκπρόσωποι τους έχουν δικαίωμα να απευθύνονται στη αρμόδια επιθεώρηση εργασίας και δεν πρέπει να υφίστανται δυσμενείς επιπτώσεις εξαιτίας των δραστηριοτήτων τους για θέματα προστασίας της ασφάλειας και της υγείας τους κατά την εργασία.
10. Κάθε εργαζόμενος, ακόμα και για προληπτικούς λόγους, μπορεί να προσφεύγει στο γιατρό εργασίας της επιχείρησης ή σε αρμόδια μονάδα του ΕΣΥ ή του ασφαλιστικού του οργανισμού για **τη διάγνωση τυχόν βλάβης της υγείας του σε συνάρτηση με τους κινδύνους, όσον αφορά την**

ασφάλεια και την υγεία του κατά την εργασία. Οι σχετικές δαπάνες δεν βαρύνουν τον ίδιο τον εργαζόμενο.

Οι τεχνικοί και υγειονομικοί επιθεωρητές της επιθεώρησης εργασίας, υποχρεώνονται σε τακτικούς και έκτακτους ελέγχους των χώρων εργασίας, που θα πρέπει να περιλαμβάνουν και υποδείξεις για την εφαρμογή της νομοθεσίας. Παράλληλα υπάρχει υποχρέωση της χώρας μας (μέσω της Γενικής Δ/νσης Συνθηκών και Υγιεινής της Εργασίας) να υποβάλλει έκθεση ανά πενταετία στην Επιτροπή της Ευρωπαϊκής Ένωσης σχετικά με την εφαρμογή των νομοθετικών διατάξεων.

Σύγχρονες διεθνείς τάσεις και ελληνική πραγματικότητα

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι λόγω της φύσεως των υπηρεσιών του κλάδου, της ραγδαίας ανάπτυξης της βιοϊατρικής τεχνολογίας και της φαρμακευτικής βιομηχανίας, και της επιρροής του σύγχρονου ευρύτερου κοινωνικο-οικονομικού περιβάλλοντος, η ανάπτυξη των νοσοκομείων, με ποιοτικούς όρους, προϋποθέτει αποτελεσματικά συστήματα διαχείρισης. Στα συστήματα αυτά, υπογραμμίζεται η σημασία της συμμετοχής των εργαζομένων και αναγνωρίζεται ότι η επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί θεμέλιο σε κάθε διαδικασία αλλαγής και επίτευξης των στόχων. Αποτελεσματική λειτουργία και ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σημαίνει ικανοποίηση των ασθενών, του συγγενικού τους περιβάλλοντος και των εργαζομένων.

Στον νοσοκομειακό τομέα σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες διαπιστώνεται σταθερή αύξηση των εξόδων, συνεχή αύξηση της χρήσης υψηλής τεχνολογίας και εξοπλισμού, εισαγωγή νέων τάσεων στη διαχείριση (Διαχείριση Ολικής Ποιότητας) και αύξηση των υποχρεώσεων για εναρμόνιση και εφαρμογή των ευρωπαϊκών οδηγιών σε θέματα υγείας και ασφάλειας της εργασίας. Στα ελληνικά νοσοκομεία επιπροσθέτως καταγράφονται σοβαρές ελλείψεις σε προσωπικό, κυρίως νοσηλευτικό και μάλλον ανεπιτυχείς προσπάθειες για την καταπολέμηση της διαπλοκής/διαφθοράς και την ορθολογιστική διαχείριση των προμηθειών και των ασφαλιστικών ταμείων.

Οι κακές συνθήκες εργασίας κοστίζουν στην Ευρώπη κάθε χρόνο περισσότερους από εκατό χιλιάδες πρόωρους θανάτους και άλλες τόσες νέες περιπτώσεις επαγγελματικών παθήσεων. Οι οικονομικές απώλειες είναι της τάξεως των 500 δις ευρώ ετησίως (4% του ευρωπαϊκού ΑΕΠ). Ανάλογα στοιχεία δεν υπάρχουν στην Ελλάδα, αν και θεσμικά, οι αρμόδιες μονάδες των ασφαλιστικών οργανισμών ή του ΕΣΥ οφείλουν να ενημερώνουν την αρμόδια επιθεώρηση εργασίας και τον γιατρό εργασίας του νοσοκομείου, σε ενδεχόμενο πρόβλημα υγείας εργαζόμενου. Για πολλούς λόγους, αυτή η διαδικασία δεν έχει ουδέποτε ενεργοποιηθεί, ενώ θα μπορούσε να οδηγήσει, στον εντοπισμό και την καταγραφή επαγγελματικών παθήσεων και συνακόλουθα στην καταπολέμηση των γενεσιουργών αιτιών τους, προς όφελος όχι μόνον των εργαζομένων αλλά και των ασφαλιστικών οργανισμών.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση, αναγνωρίζοντας το ρόλο και τη σημασία της πρόληψης των νοσημάτων και των ατυχημάτων, αναπτύσσει δράσεις οι οποίες αποβλέπουν στον έλεγχο των κινδύνων για τη σωματική και ψυχική υγεία. Βεβαίως, δεν υποκαθιστά τις ευθύνες των κρατών μελών όσον αφορά στη διαμόρφωση της πολιτικής τους και της κατανομής των πόρων στον τομέα της υγείας και δεν παρεμβαίνει στην οργάνωση, παροχή και διαχείριση των υπηρεσιών.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναπτύσσει ένα πρόγραμμα δράσης για την Υγεία των Εργαζομένων 2008-2017, με σκοπό την εκτίμηση και την εξουδετέρωση των κινδύνων για την υγεία στους εργασιακούς χώρους οι οποίοι επιβαρύνουν την νοσηρότητα του πληθυσμού.

Στην Ελλάδα, οι πολιτικές στα θέματα υγείας και ασφάλειας παραμένουν σε εμβρυϊκό επίπεδο, τόσο στο επίπεδο του νοσοκομείου όσο και στο επίπεδο του κλάδου συνολικά. Σε πείσμα των σύγχρονων τάσεων, των επιταγών των συστημάτων διαχείρισης και των ρητών νομοθετικών απαιτήσεων για τη βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος, πρακτικά δεν παρέχονται υπηρεσίες υγείας και ασφάλειας και, όπου παρέχονται εστιάζουν στις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις. Αν επιπροσθέτως αναλογιστεί κανείς την κατάσταση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης και τις δημογραφικές εξελίξεις, προκαλεί απορία το γεγονός γιατί η πολιτεία δεν επενδύει στην προστασία της υγείας του εργαζόμενου πληθυσμού.

Οι αιτίες που δεν ενεργοποιείται ο κλάδος στα θέματα υγείας και ασφάλειας, σε μία υποκειμενική εκτίμηση, περιλαμβάνουν:

✓ Την περιθωριοποίηση δράσεων και πολιτικών προληπτικής ιατρικής και αγωγής υγείας, παρά το θόρυβο περί του αντιθέτου.

✓ Την έλλειψη συντονισμού και ομοιογένειας. Οι δικαιοδοσίες μοιράζονται στα Υπουργεία Υγείας, Απασχόλησης και Οικονομίας και αναπτύσσονται μικρότερες ή μεγαλύτερες ανισότητες μεταξύ των επαγγελματιών του χώρου που αποτελούν – υπό κοινωνικο-οικονομικό πρίσμα – ανομοιογενή πληθυσμό.

✓ Την άγνοια, την έλλειψη στοιχείων και πληροφόρησης για το τι πραγματικά συμβαίνει. Για παράδειγμα, η μηδαμινή καταγραφή επαγγελματικών παθήσεων δεν επιτρέπει να αποτυπωθεί το μέγεθος του προβλήματος και κατά συνέπεια το δυνητικό όφελος από τις προληπτικές παρεμβάσεις.

✓ Την ανοχή που επιδεικνύουν οι ελεγκτικοί μηχανισμοί του δημοσίου, στη μη συμμόρφωση των διοικήσεων των νοσοκομείων απέναντι στις θεσμικές τους υποχρεώσεις για την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων (ΥΑΕ). Μία πιθανή εξήγηση ίσως αποτελεί το γεγονός, ότι ο έλεγχος θα κατέληγε στην αποστολή γραπτής αιτιολογημένης έκθεσης από τον επιθεωρητή εργασίας προς δύο υπουργούς, οι οποίοι, εν συνεχεία, θα έπρεπε να επιβάλουν κυρώσεις στις επιλεγμένες απ' αυτούς διοικήσεις των δημοσίων νοσοκομείων.

✓ Την υποτονικότητα των συνδικαλιστικών ενώσεων στην ουσιαστική προώθηση των ζητημάτων ΥΑΕ. Ο χαρακτήρας και η οργάνωση των νοσοκομείων επιτρέπει σε αρκετά «συντεχνιακά συμφέροντα», να επωφελούνται από το status quo και να αντιστέκονται σε προσπάθειες για αλλαγές.

✓ Ίσως και οι ίδιοι οι εργαζόμενοι, κυρίως λόγω άγνοιας δεν θέτουν σε υψηλή προτεραιότητα τα ζητήματα ΥΑΕ. Συχνά αξιοποιούν τη δυνατότητα πρόσβασης και παίρνουν ιατρικές οδηγίες στους «διαδρόμους», υποβάλλονται σε εξετάσεις και θεραπείες ακόμη και για νοσήματα σχετιζόμενα με την επαγγελματική έκθεση και ακούσια υποσκάπτουν την αναγκαιότητα των Υπηρεσιών Υγείας και Ασφάλειας της Εργασίας (ΥΥΑΕ).

✓ Οι ανταγωνιστικές απαιτήσεις στους περιορισμένους πόρους είναι πολύ ισχυρές αφού άλλες προτεραιότητες –όχι πάντα τεκμηριωμένες– όπως η αγορά υπερσύγχρονης τεχνολογίας συχνά απορροφούν τα κονδύλια.

Έλλειμμα παροχής ΥΥΑΕ στα νοσοκομεία διαπιστώνεται σε μικρότερο βαθμό και διεθνώς, όπου οι περισσότερες δραστηριότητες ΥΑΕ περιορίζονται στους εμβολιασμούς, τη συμβουλευτική και τις εξετάσεις κατά την πρόσληψη. Σε λίγες περιπτώσεις αναπτύσσονται δράσεις και προγράμματα εκπαίδευσης και ενημέρωσης, περιοδικών εξετάσεων, επιθεωρήσεων και παρακολούθησης του εργασιακού περιβάλλοντος, δράσεις προαγωγής υγείας κ.λπ.

Στην Ελλάδα, τα στοιχεία που προέκυψαν από την επεξεργασία των δηλώσεων των εργατικών ατυχημάτων που συνέβησαν σε ασφαλισμένους του ΙΚΑ τα έτη 2001-2 έδειξαν μία μέση επίπτωση 2 ατυχημάτων ανά 1000 εργαζόμενους στα νοσοκομεία. Ο αριθμός αυτός είναι πολλαπλάσιος των καταγραφών των προηγούμενων ετών, αλλά δεν υπάρχει αμφιβολία ότι απέχει πολύ από την πραγματικότητα.

Οι συχνότερες **επαγγελματικές παθήσεις** στα νοσοκομεία είναι οι *μυοσκελετικές παθήσεις*, οι *δερματίτιδες εξ επαφής*, οι *ψυχικές διαταραχές* (άγχος, εξουθένωση), οι *αναπνευστικές παθήσεις* (άσθμα), και οι *λοιμώξεις*. Οι μυοσκελετικές παθήσεις, οι παθήσεις του δέρματος και του αναπνευστικού αποτελούν συνήθως το 70%. Σπανιότερα καταγράφονται άλλες παθήσεις (γαστρεντερικού, νευρικού, αισθητηρίων οργάνων) και λοιμώδεις ασθένειες. Στην Ελλάδα, η μόνη αναγνωρισμένη από την κοινωνική ασφάλιση πάθηση που μπορεί να χαρακτηριστεί επαγγελματικής αιτιολογίας στον κλάδο υγείας είναι η **ιογενής ηπατίτιδα.** Οι δείκτες επίπτωσης των επαγγελματικών παθήσεων στα νοσοκομεία σε χώρες της ΕΕ, την Αυστραλία και τις ΗΠΑ ήταν και είναι οι υψηλότεροι του τομέα των υπηρεσιών (τριτογενής τομέας), συγκρίσιμοι με τομείς της βαριάς βιομηχανίας. Στις χώρες αυτές καταγράφονται περίπου **50 περιπτώσεις επαγγελματικών παθήσεων ανά 10.000 εργαζόμενους ετησίως,** ενώ είναι κοινώς αποδεκτό ότι ο αριθμός αυτός υποεκτιμά την πραγματική επίπτωση. Σε μία μάλλον συντηρητική εκτίμηση, με βάση τα προαναφερθέντα στοιχεία, φαίνεται ότι στην Ελλάδα διαλανθάνουν καταγραφής τουλάχιστον 500 περιπτώσεις παθήσεων επαγγελματικής αιτιολογίας και 2.000 εργατικά ατυχήματα τουλάχιστον μεσαίας βαρύτητας ετησίως.

Πίνακας 2 Παράγοντες κινδύνου και σχετιζόμενες επαγγελματικές παθήσεις

ΚΥΡΙΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΡΓΟΝΟΜΙΚΟΙ	Μυοσκελετικές παθήσεις
Χειρισμοί ασθενών	
Χειρωνακτική διακίνηση φορτίων	Λοιμώδεις ασθένειες
Στάσεις σώματος κ ορθοστασία	
Επαναληπτικές κινήσεις	Αναπνευστικές παθήσεις
ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ	Δερματικές παθήσεις
Μικρόβια, ιοί, μύκητες	
ΧΗΜΙΚΟΙ	Άγχος και εξουθένωση
Επιβλαβείς, διαβρωτικές, εύφλεκτες, καρκινογόνες χημικές ουσίες	Κακοήθειες
ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟΙ	Εργατικά ατυχήματα και οξείες δηλητηριάσεις
Κυλιόμενο ωράριο	
Διάρκεια εργασίας (εφημερίες)	Προβλήματα ύπνου
Καταμερισμός και ικανοποίηση εργασίας	
Ποικιλία, αυτονομία, έλεγχος	Γαστρεντερικές παθήσεις
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ	Καρδιαγγειακές παθήσεις
Σχέσεις με ασθενείς και κοινό	
Συνεργασία και υποστήριξη	Κόπωση
Συναισθηματικό περιεχόμενο της εργασίας	
Βία στην εργασία	Μη ικανοποίηση από την εργασία

Πρόσφατα στοιχεία της στατιστικής υπηρεσίας των ΗΠΑ έδειξαν ετήσιο δείκτη επίπτωσης των ε-παγγελματικών παθήσεων ανά 10.000 εργαζόμενους πλήρους απασχόλησης για τον πρωτογενή τομέα 32, για τη βιομηχανία 105 και γενικά για τις υπηρεσίες 25. Στον τομέα της υγείας καταγράφηκαν 44 περιπτώσεις επαγγελματικών παθήσεων ανά 10.000 εργαζόμενους πλήρους απασχόλησης. Ο υψηλότερος δείκτης επίπτωσης επαγγελματικών παθήσεων στις υπηρεσίες υγείας αφορούσε στα ιατρικά και οδοντιατρικά εργαστήρια και τα νοσοκομεία. Την περίοδο 2001-3, **ο δείκτης επίπτωσης επαγγελματικών παθήσεων στα νοσοκομεία κυμάνθηκε από 63 έως 76.5** και ήταν ο υψηλότερος του τομέα των υπηρεσιών. Τη σημαντικότερη επίπτωση είχαν οι μυοσκελετικές παθήσεις (35%), οι παθήσεις του δέρματος (21%) και του αναπνευστικού (12%). Ακολουθούσαν οι οξείες δηλητηριάσεις, οι λοιμώξεις, οι ψυχικές διαταραχές και οι συνέπειες της έκθεσης σε φυσικούς παράγοντες. Η αντίστοιχη επίπτωση επαγγελματικών παθήσεων στα νοσοκομεία στην Αυστραλία έδειξε μέση συχνότητα 45-65 παθήσεις ανά 10.000 εργαζομένους.

Μυοσκελετικές παθήσεις

Οι μυοσκελετικές παθήσεις (ΜΣΠ) αποτελούν τη συχνότερη αιτία περιορισμού της ικανότητας για εργασία και ευθύνονται για τις υψηλότερες δαπάνες για αποζημιώσεις, ιατρικά έξοδα, απώλεια παραγωγικότητας, απουσίες από οποιαδήποτε άλλη νόσο.

Οι ΜΣΠ παρουσιάζουν επιπολασμό της τάξεως του 50-80% στους νοσηλευτές και στο προσωπικό καθαριότητας. Σχετίζονται κυρίως με

- ✓ τους χειρισμούς κατά την νοσηλεία και τις εξετάσεις των ασθενών, τη χειρωνακτική διακίνηση φορτίων, τις κοπιαστικές στάσεις σώματος, τις επαναληπτικές κινήσεις, την εργασία σε περιορισμένους χώρους
- ✓ τη μονότονη εργασία, τις αυξημένες απαιτήσεις και την απώλεια ελέγχου και ικανοποίησης από την εργασία και άλλους οργανωτικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες
- ✓ ατομικά χαρακτηριστικά και γενετικούς παράγοντες
- ✓ εξωεργασιακούς παράγοντες κινδύνου.

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι στα προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης η μείωση των εργονομικών κινδύνων δεν συνεπάγεται και μείωση των ΜΣΠ. Επιπλέον, τα άτομα με μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης ΜΣΠ συμμετέχουν λιγότερο σε προληπτικά προγράμματα. Επειδή η επίπτωση των ΜΣΠ είναι υψηλή και οι περισσότεροι ασθενείς αναρρώνουν εντός λίγων εβδομάδων αλλά υποτροπιάζουν στη συνέχεια έχει προταθεί η διαχείριση τους, να εστιάσει λιγότερο στην πρόληψη της εμφάνισης των συμπτωμάτων και περισσότερο στον περιορισμό της λειτουργικής ανικανότητας, των απουσιών και της επίδρασης στην ποιότητα ζωής. Δυστυχώς, ο περιορισμός των επιπτώσεων των ΜΣΠ είναι εξίσου δύσκολος διότι εμπλέκονται πολλοί άλλοι παράγοντες όπως οι ψυχοκοινωνικοί και η συν-νοσηρότητα από άλλες παθήσεις. Φαίνεται πάντως ότι η φροντίδα που παρέχεται άμεσα μετά την εμφάνιση των συμπτωμάτων καθορίζει σε σημαντικό βαθμό τις μακροπρόθεσμες συνέπειες.

Επαγγελματικές δερματοπάθειες

Η μέση ετήσια επίπτωση των επαγγελματικών δερματοπαθειών υπολογίζεται στην Ευρώπη σε μία

περίπτωση ανά 1.000 εργαζόμενους. Στο προσωπικό των νοσοκομείων τα ποσοστά πασχόντων ξεπερνούν το 20% σε ορισμένες κατηγορίες εργαζομένων. Οι συχνότερες επαγγελματικές δερματίτιδες παρουσιάζονται στα χέρια και είναι ατοπικής, ερεθιστικής ή αλλεργικής αιτιολογίας. Η ερεθιστική δερματίτιδα εξ επαφής διαγιγνώσκεται συχνότερα. Τα χέρια των νοσηλευτριών και των εργαζομένων στην καθαριότητα και την κουζίνα εκτίθενται συχνά σε υγρά, σε τριβές, σε ουσίες με ερεθιστική και αλλεργιογόνο δράση με συνέπεια να αναπτύσσονται χρόνιες, ανθεκτικές στη θεραπεία δερματοπάθειες που απειλούν την ικανότητα για εργασία και μειώνουν την ποιότητα ζωής. Οι βλάβες οφείλονται κυρίως σε ερεθιστικούς παράγοντες όπως τα αντισηπτικά και απολυμαντικά (κυρίως η χλωρεξιδίνη και η γλουταραλδεΰδη) τα γάντια (κυρίως οι πρωτεΐνες του λάτεξ και η πούδρα) τα συντηρητικά, τα τρόφιμα κ.ά. Η μείωση της χρήσης γαντιών λάτεξ με πούδρα υποδιπλασίασε το ποσοστό των περιπτώσεων με επαγγελματική κνίδωση εξ επαφής, σε μία μεγάλη μελέτη. Ο ρόλος της ατοπίας δεν είναι ξεκάθαρος, αλλά φαίνεται ότι ατοπικοί εργαζόμενοι που κάνουν χρήση γαντιών διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο.

Τα μέτρα πρόληψης και προστασίας είναι υψηλής προτεραιότητας. Μία μελέτη έδειξε ότι η χρήση μετά την εργασία ενυδατικών κρεμών ήταν πολύ ευεργετική σε εργαζόμενους (οδοντοτεχνίτες) και πιο αποδοτική από τις κρέμες που χρησιμοποιούνται ως φραγμοί κατά τη διάρκεια της εργασίας. Υπάρχει μεγάλη ανάγκη για ενημέρωση, εκπαίδευση, συμβουλευτική όπως και για διάγνωση και θεραπεία των επαγγελματικών δερματοπαθειών. Προγράμματα για την προστασία του δέρματος πρέπει να έχουν τόσο εκπαιδευτικούς στόχους (π.χ. αλλαγή συνηθειών και πρακτικών) όσο και κλινικούς (π.χ. διάγνωση και κατάλληλη θεραπεία). Το ιστορικό εκζέματος είναι ισχυρός προγνωστικός παράγοντας για εμφάνιση επαγγελματικής δερματοπάθειας, γεγονός που αναδεικνύει την αξία του ιατρικού ελέγχου του εργαζόμενου αμέσως μετά την πρόσληψη και στη συνέχεια. Στόχος των προγραμμάτων εκπαίδευσης είναι η πρόληψη της επαγγελματικής δερματοπάθειας και η εγρήγορση του προσωπικού για την έγκαιρη διάγνωση, θεραπεία και τη χρήση των κατάλληλων μέσων ατομικής προστασίας. Η θεωρητική εκπαίδευση πρέπει να περιλαμβάνει τις βασικές λειτουργίες και τη φυσιολογία του δέρματος και στοιχεία για τις επαγγελματικές δερματοπάθειες. Η πρακτική εκπαίδευση πρέπει να περιλαμβάνει πληροφορίες και οδηγίες για την κατάλληλη προστασία του δέρματος, της φροντίδας του και του καθαρισμού του.

Άσθμα

Οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσουν από άσθμα σε σχέση με άλλους εργαζόμενους. Από τα 25 επαγγέλματα με τη μεγαλύτερη επίπτωση άσθματος, τα 5 τα συναντάμε στα νοσοκομεία (νοσηλευτές, τεχνικοί και τεχνολόγοι ιατρικών και διαγνωστικών εργαστηρίων, οδοντίατροι). Είναι αξιοσημείωτο ότι 16% του συνόλου των περιπτώσεων επαγγελματικού άσθματος καταγράφεται στα νοσοκομεία.

Οι περιπτώσεις άσθματος στα νοσοκομεία είναι κατά κύριο λόγο νέες περιπτώσεις (70%). Το άσθμα όπως και συμπτώματα βρογχικής υπεραντιδραστικότητας έχουν συσχετιστεί με τις εργασίες καθαριότητας, με την αποστείρωση των ιατρικών εργαλείων, με τη χρήση γαντιών λάτεξ με πούδρα και με τη διαχείριση εισπνεόμενων φαρμάκων. Οι κυριότεροι αιτιολογικοί παράγοντες περιλαμβάνουν το λάτεξ, τη φορμαλδεΰδη, τη γλουταραλδεΰδη, τα αντισηπτικά και τη χλωρίνη όπως και άλλα καθαριστικά και απολυμαντικά, τα διισοκυανιούχα, τους διαλύτες, τον καπνό του τσιγάρου, τη σκόνη και

ρυπαντές εσωτερικού χώρου (NO_2). Ποσοστό μέχρι 9% των εργαζομένων στα νοσοκομεία μπορεί να πάσχουν ενώ το λάτεξ με την πούδρα φαίνεται να ευθύνεται για ένα σημαντικό ποσοστό (2,5% του συνόλου των περιπτώσεων). Ένα καθαρτικό, το ψύλλιο, ενοχοποιήθηκε για τις μισές περιπτώσεις άσθματος στις κλινικές που χρησιμοποιήθηκε (4%), κυρίως χρονίων πασχόντων.

Λοιμώξεις

Οι περισσότεροι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία εκτίθενται στον κίνδυνο λοιμώξεων, ως αναπόφευκτη συνέπεια της επαφής με τους ασθενείς. Οι συνέπειες ποικίλουν από αυτοπεριοριζόμενες ιώσεις έως βαρειές και ενίοτε θανατηφόρες παθήσεις. Θεωρητικά όλες οι λοιμώξεις θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν επαγγελματικής αιτιολογίας για το προσωπικό των νοσοκομείων, υπό την προϋπόθεση ο κίνδυνος στο χώρο εργασίας ή εξαιτίας αυτής να είναι σημαντικά μεγαλύτερος από τον κίνδυνο του γενικού πληθυσμού. Οι λοιμώξεις που έχουν αναγνωριστεί, ως επαγγελματικές, περιλαμβάνουν αυτές που μεταδίδονται αιματογενώς (σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας, ηπατίτιδα Β, ηπατίτιδα C), αυτές που μεταδίδονται διαμέσου της εντεροστοματικής οδού (σαλμονέλλωση, ηπατίτιδα Α), και αυτές που μεταδίδονται με άμεση επαφή (ερπητοιώσεις, ψώρα). Συνήθως η μετάδοση συμβαίνει όταν παραβιάζεται μία ή περισσότερες από τις τρεις βασικές αρχές για τον έλεγχο των λοιμώξεων: το πλύσιμο των χεριών, ο εμβολιασμός και ο κατάλληλος περιορισμός των πασχόντων. Συστηματικά προγράμματα εμβολιασμού για όλο το προσωπικό (ηπατίτιδα Β, φυματίωση) εφαρμόζονται στο 35-75% των νοσοκομείων και ακόμη λιγότερα νοσοκομεία εφαρμόζουν πρόγραμμα εμβολιασμού για τον τέτανο στο προσωπικό υψηλού κινδύνου (κηπουροί, υδραυλικοί κ.ά.). Αν και η συχνότητα έκθεσης σε λοιμογόνους παράγοντες είναι μεγάλη, ο κίνδυνος νόσησης είναι μικρότερος.

Μετάδοση δια της εντερο-στοματικής οδού

Η **ηπατίτιδα Α** αποτελεί ένα σημαντικό κίνδυνο για τους επαγγελματίες υγείας αν και διαδράμει συνήθως χωρίς επιπλοκές. Η μετάδοση του ιού γίνεται μέσω της εντερο-στοματικής οδού, ενώ αγωγός συνήθως είναι τα τρόφιμα ή το νερό. Σε κίνδυνο βρίσκονται όλοι οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου, ιδιαίτερα το προσωπικό νοσοκομείων με χρονίως πάσχοντες ή με άτομα με ειδικές ανάγκες και τα άτομα που ασχολούνται με τον καθαρισμό των κλινοσκεπασμάτων, αποχετεύσεων και το βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό. Οι εργαζόμενοι στα τρόφιμα, τα τμήματα λοιμωδών και τα παιδιατρικά, τα εργαστήρια (αναλύσεις κοπράνων), και την καθαριότητα πρέπει να εμβολιάζονται.

Αιματογενής διασπορά

Έκθεση σε αίμα συμβαίνει συνήθως εξαιτίας τρυπήματος από βελόνα (55-80%) ή κοψίματος και επαφής υγιούς δέρματος ή βλεννογόνων (10-20%). Οι ιοί της **ηπατίτιδας Β (HBV), της C (HCV) και του AIDS (HIV)** μεταδίδονται αιματογενώς. Σε κίνδυνο βρίσκονται όλοι οι εργαζόμενοι που έρχονται σε επαφή με ασθενείς ή μολυσμένο αίμα και παράγωγα του. Τέτοιοι είναι οι εργαζόμενοι στην αιμοκάθαρση και τις τράπεζες αίματος, οι χειρουργοί, οι οδοντίατροι, οι νοσηλευτές και το προσω-

πικό στην καθαριότητα. Συνήθως οι νοσηλευτές και οι γιατροί κινδυνεύουν περισσότερο, κυρίως γιατί τρυπιούνται περισσότερο από χρησιμοποιημένες βελόνες. Τα υψηλότερα ποσοστά έκθεσης λόγω επαφής αίματος με τους βλεννογόνους έχουν οι μαίες και οι νοσηλευτές της μονάδας αιμοκάθαρσης. Η απόρριψη βελόνων και αιχμηρών αντικειμένων αυξάνει τον κίνδυνο των εργαζομένων στην καθαριότητα. Ο κίνδυνος λοίμωξης αυξάνεται όταν η βελόνα έχει μεγάλο υπόλειμμα αίματος και όταν προέρχεται από ασθενή που πάσχει και από AIDS. Πολλές περιπτώσεις έκθεσης θα είχαν αποφευχθεί με αλλαγές συμπεριφοράς και πρακτικών, με ασφαλέστερες συσκευές και τεχνικές και με τη χρήση των κατάλληλων μέσων ατομικής προστασίας (ΜΑΠ)

Η **ηπατίτιδα Β (HBV)** αποτελεί σοβαρή πάθηση καθώς εκτός από την κατάσταση φορείας μπορεί να προκληθεί οξύ επεισόδιο ή να εμφανιστεί χρόνια λοίμωξη με μακροχρόνιες συνέπειες την κίρρωση και τον καρκίνο του ήπατος. Μελέτες έχουν δείξει ότι 0,5% των εργαζομένων στα νοσοκομεία είναι χρόνιοι φορείς (HBsAg). Στην Ελλάδα η επίπτωση (νέες περιπτώσεις) της νόσου μειώνεται συνεχώς τα τελευταία έτη. Το ποσοστό των χρόνιων φορέων είναι μικρότερο του 1%. Στη γειτονική Αλβανία, ο επιπολασμός της ηπατίτιδας Β ξεπερνά το 8% ενώ στη Σουηδία, το ποσοστό των επαγγελματιών υγείας με θετικό κάποιο δείκτη ηπατίτιδας Β (δηλωτικό προηγούμενης επαφής με τον ιό) ανέρχεται στο 3,9%, με πολύ υψηλότερο ποσοστό να παρατηρείται στις νοσηλεύτριες των παιδιατρικών τμημάτων, στο προσωπικό ιατρικών εργαστηρίων και σε βοηθούς ψυχιατρικών κλινικών. Ο κίνδυνος λοίμωξης μέσω αιματογενούς διασποράς είναι πολύ μεγαλύτερος για την ηπατίτιδα Β συγκριτικά με αυτόν της μετάδοσης του HCV and HIV. Πάντως όλες οι μελέτες δεν συμφωνούν ότι ο επιπολασμός της λοίμωξης είναι μεγαλύτερος στους επαγγελματίες υγείας σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.

Ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού της ηπατίτιδας C (**HCV**) είναι μικρός μετά από τρύπημα (1%), φαίνεται σημαντικότερος για το προσωπικό καθαριότητας. Η νόσος είναι πολύ συχνότερη σε χώρες της Ανατολικής Ευρώπης.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εκτιμά ότι περίπου 22.000 επαγγελματίες υγείας εκτίθενται κάθε χρόνο σε αυξημένο κίνδυνο για λοίμωξη από τον HIV, λόγω τραυματισμού από μολυσμένη σύριγγα. Ο κίνδυνος μόλυνσης από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (**HIV**), σε περίπτωση έκθεσης σε μολυσμένο αίμα μέσω τρυπήματος από βελόνα είναι χαμηλός (0,3%) συγκρινόμενος με αυτόν της ηπατίτιδας Β που είναι τουλάχιστον δεκαπλάσιος (6-30%). Όμως είναι ουσιαστικά ο κύριος τρόπος μετάδοσης, αφού οι περισσότεροι εργαζόμενοι (86%) που μολύνθηκαν από HIV είχαν τραύματα από αιχμηρά αντικείμενα. Σε κίνδυνο βρίσκεται το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και το προσωπικό καθαριότητας.

Αερογενής διασπορά

Η **φυματίωση** που βρίσκεται σε έξαρση παγκοσμίως εξαιτίας και της εξάπλωσης του AIDS και της αύξησης των πολυανθεκτικών στη θεραπεία περιπτώσεων, αποτελεί σοβαρό κίνδυνο για τους εργαζόμενους στα νοσοκομεία. Η νόσος προκαλείται από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης και η μετάδοση γίνεται αερογενώς μέσω των εκκρίσεων του αναπνευστικού συστήματος (πτύελα, σταγονίδια). Σε πρόσφατες μελέτες στις ΗΠΑ ο επιπολασμός της φυματίωσης στους επαγγελματίες υγείας κυμαινόταν από 1,2% ως 4%. Χαρακτηριστικό εύρημα των μελετών αυτών είναι ότι η συχνότητα της νόσου στους εργαζόμενους στα νοσοκομεία παραμένει σταθερή, ενώ μειώνεται στο γενικό πληθυσμό. Η ε-

πίπτωση της νόσου σε επαγγελματίες υγείας στην Εσθονία εκτιμήθηκε σε 91 νέα περιστατικά ανά 100.000 άτομα ετησίως, ενώ σε εξειδικευμένο αντιφυματικό νοσοκομείο της ίδιας χώρας η επίπτωση στο προσωπικό ήταν 30 ως και 90 φορές υψηλότερη. Σε άλλη μελέτη, η ετήσια επίπτωση κυμάνθηκε από 2 έως 14 περιπτώσεις ανά 10.000 εργαζόμενους, τρεις φορές συχνότερη στους εργαζομένους στα νοσοκομεία από ότι στο γενικό πληθυσμό. Μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν οι εργαζόμενοι στα πνευμονολογικά τμήματα και την καθαριότητα, οι νοσηλεύτριες και οι φυσιοθεραπευτές. Σε μεγαλύτερο κίνδυνο βρίσκεται το προσωπικό εργαστηρίων και το νοσηλευτικό προσωπικό στους οποίους ο κίνδυνος μόλυνσης είναι αντίστοιχα 5 και 3 φορές μεγαλύτερος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Διερευνώντας την αιτιολογία της μετάδοσης της φυματίωσης στους επαγγελματίες υγείας, μια ολλανδική μελέτη, έδειξε ότι το 42% των περιπτώσεων οφείλονταν σε επαγγελματική έκθεση, 28% προέρχονταν από την κοινότητα και 30% προέρχονταν από ταξίδι στο εξωτερικό. Η διενέργεια προσυμπτωματικού ελέγχου με τη μέθοδο της φυματινοαντίδρασης σε ομάδες επαγγελματιών υγείας έχει προταθεί στη διεθνή βιβλιογραφία. Το ποσοστό θετικής αντίδρασης (προηγούμενη επαφή με το μυκοβακτηρίδιο) στις περισσότερες μελέτες κυμαίνεται από 10 έως 40%, εξαρτάται όμως από την ηλικία, την ειδικότητα και από προηγούμενο εμβολιασμό με BCG. Οι οικονομικοί μετανάστες από χώρες της ανατολικής Ευρώπης και της Ασίας παρουσιάζουν εξαιρετικά υψηλότερη πιθανότητα ενεργού νόσου. Συχνά απασχολούνται σε εργολαβικές εργασίες και αυτό αναδεικνύει την αναγκαιότητα αλλά και τη δυνατότητα προληπτικών παρεμβάσεων στις ομάδες αυτές, με σημαντικά οφέλη για τη δημόσια υγεία. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι σε πρόσφατη μελέτη στη Νέα Υόρκη πάνω από 50% των επαγγελματιών υγείας είχαν θετική φυματινοαντίδραση κατά την πρόσληψη. Μελέτες έχουν διεξαχθεί επίσης και για το βαθμό της ορομετατροπής. Σε πρόσφατη μελέτη στις ΗΠΑ το ποσοστό αρνητικών Mantoux που θετικοποιήθηκαν σε εργαζόμενους ιατρικών εργαστηρίων μέσα σε ένα χρόνο ήταν 1%. Αποτελεσματικό μέτρο πρόληψης της φυματίωσης είναι ο εμβολιασμός. Το προσωπικό του νοσοκομείου πρέπει να υπόκειται σε έλεγχο φυματινοαντίδρασης που αποτελεί έκφραση του βαθμού ανοσίας του στο μυκοβακτηρίδιο.

Είναι αξιοσημείωτο ότι η μετάδοση του μυκοβακτηριδίου έχει συσχετιστεί σημαντικά με τον ανεπαρκή αερισμό των θαλάμων (λιγότερες από δύο ανανεώσεις την ώρα) και όχι με των δωματίων απομόνωσης όπου λόγω της αυξημένης εγρήγορσης του προσωπικού, ελαχιστοποιείται η παραμονή και χρησιμοποιούνται συστηματικά τα κατάλληλα μέσα αναπνευστικής προστασίας.

Η **ερυθρά** είναι μία μολυσματική νόσος της παιδικής και εφηβικής ηλικίας, η μετάδοση γίνεται αερογενώς ή και με επαφή ενώ η νόσος συνήθως διαδράμει υποκλινικά ή με ήπια κλινική εικόνα. Σε κίνδυνο βρίσκονται οι εργαζόμενες γυναίκες που είναι σε αναπαραγωγική ηλικία και ιδιαίτερα όσες παρέχουν φροντίδα σε παιδιά, διότι σχετίζεται με κίνδυνο αποβολής ή εμφάνισης συγγενών διαμαρτιών (σύνδρομο συγγενούς ερυθράς) ιδιαίτερα στην περίπτωση που το άτομο προσβάλλεται στο πρώτο τρίμηνο της κύησης. Χάρη στον εμβολιασμό τόσο η νόσος όσο και η συγγενής μορφή της έχουν πολύ χαμηλή επίπτωση. Ο έλεγχος και η πρόληψη αφορά κυρίως τον εμβολιασμό.

Ο κυτταρομεγαλοϊός (CMV) ανήκει στην ομάδα των ερπητοϊών ενώ μετά την αρχική μόλυνση ο ιός παραμένει στον οργανισμό με την πιθανότητα να ενεργοποιηθεί ξανά. Ιδιαίτερη σημασία έχει η λοίμωξη κατά την περίοδο της κύησης που επιφυλάσσει σοβαρούς κίνδυνους υγείας για τη μητέρα και το έμβρυο. Η μετάδοση γίνεται μέσω της επαφής με πάσχοντες ή μολυσμένο υλικό. Σε κίνδυνο βρίσκεται το προσωπικό που φροντίζει νεογνά, βρέφη και μικρά παιδιά όπως για παράδειγμα νοσηλευτές και γιατροί στο παιδιατρικό και μαιευτικό τμήμα και σε ειδικές μονάδες φροντίδας. Στις μονάδες φροντίδας στις ΗΠΑ βρέθηκε ότι ο κίνδυνος γυναικών στην παραγωγική ηλικία για μόλυνση με το

CMV είναι 3,5 φορές μεγαλύτερος από ότι τις αντίστοιχες γυναίκες του γενικού πληθυσμού για τις νοσηλεύτριες του παιδιατρικού τμήματος και αντίστοιχα 2 φορές για τις νοσηλεύτριες που εργάζονται στο τμήμα νεογνών.

Όταν στα τέλη Μαρτίου του 2003 ξέσπασε η ιογενής επιδημία του **Σοβαρού Οξέως Αναπνευστικού Συνδρόμου (SARS),** κανείς δεν υπέθετε ότι σε λιγότερο από 4 μήνες θα είχαν διαγνωστεί 8.500 περιπτώσεις και θα είχαν πεθάνει περισσότερα από 800 άτομα. 60% των περιπτώσεων ήταν ενδονοσοκομειακές και πολλές αφορούσαν σε προσωπικό των νοσοκομείων. Η στρατηγική πρόληψης περιέλαβε την άμεση απομόνωση των ύποπτων περιστατικών, την αντισηψία και την ατομική προστασία δηλαδή πλύσιμο χεριών, χρήση γαντιών, ποδιάς και μάσκας (τύπου N95 ή ισοδύναμου). Επιδημίες όπως αυτή του οξέος αναπνευστικού συνδρόμου (SARS), πέρα από τον κίνδυνο νόσησης έχουν τεράστιες ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις στους εργαζόμενους στα νοσοκομεία.

Επαγγελματικό άγχος (stress) και εξουθένωση (burn out)

Το **επαγγελματικό άγχος** σήμερα αποτελεί μετά τις μυοσκελετικές παθήσεις, τη συχνότερη αιτία νοσηρότητας των εργαζομένων. Συνήθως εμφανίζεται σε νέα άτομα με υψηλό επίπεδο μόρφωσης που εργάζονται στην παροχή υπηρεσιών (υγεία, εκπαίδευση). Το στρες ευθύνεται για αυξημένη συχνότητα και διάρκεια απουσιών, μειωμένη παραγωγικότητα και υψηλά ιατρο-φαρμακευτικά κόστη. Το μέσο κόστος δε των αποζημιώσεων εξαιτίας επαγγελματικού άγχους είναι υπερδιπλάσιο του μέσου κόστους των αποζημιώσεων από όλες τις άλλες αιτίες μαζί.

Η πρόκληση του **επαγγελματικού άγχους (στρες)** εξαρτάται από τις συνθήκες εργασίας και τα ατομικά χαρακτηριστικά του εργαζόμενου. Αν και δεν υπάρχει κοινά αποδεκτός ορισμός, υπάρχει ευρεία αποδοχή ως προς τους παράγοντες που το προκαλούν και τις επιπτώσεις που μπορεί να επιφέρει. Ένα άτομο βιώνει στρες όταν αισθάνεται δυσαρμονία πραγματική ή πλασματική, ανάμεσα στις απαιτήσεις μιας κατάστασης και τα αποθέματα – βιολογικά, ψυχολογικά, κοινωνικά – που διαθέτει για να την αντιμετωπίσει. Σε κίνδυνο για εμφάνιση επαγγελματικού στρες βρίσκεται όλο το προσωπικό του νοσοκομείου. Οι κυριότερες πηγές στρες στο επαγγελματικό περιβάλλον είναι ο μεγάλος φόρτος εργασίας, οι μεγάλες απαιτήσεις σε σχέση με τις δυνατότητες του εργαζόμενου και το αντίστροφο, η μονοτονία και οι αντιθέσεις ή/και η έλλειψη υποστήριξης και ανατροφοδότησης από συναδέλφους και προϊσταμένους, ο έντονος θόρυβος ή η υπερβολική ησυχία, η εργασιακή ανασφάλεια, το αίσθημα κινδύνου, η κακή κοινωνική και ατομική αποδοχή του επαγγέλματος κ.ά.

Το επαγγελματικό άγχος έχει συσχετιστεί με πολλές παθήσεις. Εκδηλώνεται ως ένταση, θυμός, κατάθλιψη, μειωμένη συγκέντρωση, ευερεθιστότητα, μειωμένη κοινωνικότητα και άλλα. Επίσης, πιο σοβαρές διαταραχές έχουν περιγραφεί όπως σωματόμορφες διαταραχές (υποχονδρίαση και ψυχογενής πόνος), κλινική κατάθλιψη, διαταραχές πανικού και αγοραφοβία. Συνιστώσες του επαγγελματικού άγχους όπως ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, το παρατεταμένο ωράριο, η σύγκρουση ρόλων, η μη ικανοποίηση από την εργασία, η μειωμένη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων έχουν συσχετιστεί με εμφάνιση υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας, στεφανιαίας νόσου και εμφράγματος του μυοκαρδίου. Επίσης, το στρες έχει συσχετιστεί με πεπτικό έλκος, μυοσκελετικές παθήσεις, κεφαλαλγία, άσθμα, σακχαρώδη διαβήτη, διαταραχές στην αναπαραγωγή, αυξημένη κατανάλωση καπνού, αλκοόλ και άλλων ουσιών. Η σχέση του επαγγελματικού στρες με τα ατυχήματα είναι πολυπαραγοντική. Η ελλιπής χρήση των μέσων ατομικής προστασίας, η εργασία κατά αποκοπή (εργολαβία), η υπερωριακή απασχόληση και

το κυλιόμενο ωράριο όπως και η κατάχρηση ουσιών (αλκοόλ) που όλες συνδέονται με στρες οδηγούν σε αυξημένη επίπτωση ατυχημάτων.

Εκτός από τους επαγγελματικούς παράγοντες κινδύνου, αλλαγές κοινωνικού, πολιτιστικού και ιδεολογικού χαρακτήρα ευθύνονται επίσης για την αύξηση του άγχους των εργαζομένων και στα νοσοκομεία. Σε αυτούς τους παράγοντες **της αύξησης του στρες** περιλαμβάνονται :

1. η ναρκισσιστική κουλτούρα: οι άνθρωποι σήμερα περισσότερο από ποτέ, πρέπει να αυτοκαθορίζουν τους ρόλους τους, να χτίζουν και να διατηρούν το δικό τους κοινωνικό δίκτυο, κάτι που απαιτεί σημαντική προσπάθεια και κοινωνική δεξιότητα
2. η αύξηση του διανοητικού και σωματικού φόρτου εργασίας, τόσο του ποιοτικού (πχ. εξελιγμένη τεχνολογία) όσο και του ποσοτικού
3. η αποδυνάμωση της αυθεντίας-εξουσίας. Σήμερα οι ήρωες του '80 (δάσκαλοι και γιατροί) παραχώρησαν τη θέση τους στους χρηματιστές και τα υψηλόβαθμα στελέχη των επιχειρήσεων. Το κοινό δεν εμπιστεύεται όπως παλιότερα τους επαγγελματίες οι οποίοι κατηγορούνται ότι λειτουργούν συντεχνιακά και με ιδιοτέλεια
4. η προσγείωση στην πραγματικότητα. Το κοινό προσδοκά πολλά από τον επαγγελματία υγείας που δεν ανταποκρίνονται στη πραγματικότητα ιδιαίτερα στην αρχή της καριέρας του. Ο ίδιος ο εργαζόμενος διαπιστώνει ότι δεν έχει την αυτονομία που φανταζόταν ο ίδιος και πιστεύουν οι άλλοι ότι έχει, διαπιστώνει ότι αντί για μία εργασία προκλητική και ενδιαφέρουσα υπάρχει ρουτίνα και ανία, και συχνά προσλαμβάνει την έλλειψη συναδελφικότητας και την αρνητική στάση/συμπεριφορά των πελατών-κοινού
5. η αλλαγή του «ψυχολογικού συμβολαίου». Οι εργαζόμενοι σήμερα δίνουν περισσότερα νιώθοντας παράλληλα μεγαλύτερη αβεβαιότητα σε σχέση με το παρελθόν.

Βεβαίως οι αιτίες του άγχους διαφοροποιούνται ανά επαγγελματική ομάδα. Για παράδειγμα, οι πιο συχνές πηγές στρες στους ιατρούς είναι ο φόρτος και ο χαμηλός έλεγχος της εργασίας που μερικώς αντανακλά την ποιότητα της συνεργασίας και την εμπειρία των ιατρών. Επίσης, συμβάλλουν κοινωνικοί και προσωπικοί λόγοι καθώς επίσης η επαφή με ασθενείς που υποφέρουν ή πεθαίνουν, τα επείγοντα, τα παράπονα και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας – όπως η υψηλού επιπέδου αυτοκριτική.

Η πρόληψη και η διαχείριση του επαγγελματικού άγχους αποτελούν μεγάλες προκλήσεις. Οι υπηρεσίες ΥΑΕ πρέπει να αναπτύσσουν προσεγγίσεις διαχείρισης τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο. Η αντιμετώπιση του σε ατομικό επίπεδο μπορεί να περιλαμβάνει φυσική άσκηση (αθλήματα) και ασκήσεις χαλάρωσης (γιόγκα, αρωματοθεραπεία, σιάτσου κ.λπ.). Με οργανωτικές παρεμβάσεις μπορεί να ενισχυθούν το υποστηρικτικό περιβάλλον εργασίας, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η ποικιλία στα καθήκοντα.

Η παρατεινόμενη δυσαρμονία μεταξύ των απαιτήσεων της εργασίας και της ικανότητας του εργαζόμενου (επαγγελματικό στρες) μπορεί να οδηγήσει σε **επαγγελματική εξουθένωση** (burn out). Η επαγγελματική εξουθένωση διαφέρει από το στρες γιατί προϋποθέτει:

1. πολύ ισχυρά αρχικά κίνητρα ("in order to burn out, one first has to be on fire"). Αυτό σημαίνει ότι τα πιο πολύτιμα και πετυχημένα επαγγελματικώς άτομα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για επαγγελματική εξουθένωση
2. δυσμενές, μη υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον, με μεγάλες συναισθηματικές απαιτήσεις, έλλειψη ανατροφοδότησης και μετρήσιμων στόχων. Το δεύτερο παράδοξο εδώ είναι ότι ο τομέας

των υπηρεσιών συχνά δημιουργεί ένα δυσμενές εργασιακό περιβάλλον

3. ανεπιτυχή αντιμετώπιση από το άτομο, με συχνότερη τη σωματική και νοητική απόσυρση. Αυτό οδηγεί σε ασθένεια, σε κατάθλιψη, σε χαμηλή αυτοεκτίμηση με συνέπεια την αύξηση των απουσιών και την κακή απόδοση στην εργασία.

Τα κύρια συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης περιλαμβάνουν συναισθηματική και νοητική εξάντληση, αρνητική συμπεριφορά προς τους άλλους και μειωμένη αποτελεσματικότητα και απόδοση. Η επαγγελματική εξουθένωση διαφέρει από την κατάθλιψη και το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, γιατί σχετίζεται με την εργασία, είναι παροδική, περιλαμβάνει συμπτώματα τόσο κοινωνικού χαρακτήρα όσο και συμπεριφοράς. Η επαγγελματική εξουθένωση (burn out) δε φαίνεται να σχετίζεται με άλλα προβλήματα υγείας και με την αντικειμενική απόδοση στην εργασία.

Παρεμβάσεις μπορούν να γίνουν σε επίπεδο ατομικό, διαπροσωπικών σχέσεων και οργανωτικό. Ο σκοπός είναι να αναγνωριστούν, να προληφθούν ή να εξουδετερωθούν οι παράγοντες κινδύνου και οι συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα βασικά στοιχεία ενός προγράμματος προληπτικής παρέμβασης στο χώρο εργασίας περιλαμβάνουν:

1. την εκτίμηση-καταγραφή του προβλήματος
2. τη βελτίωση σε ατομικό επίπεδο (γνωστικές ή συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις) και σε οργανωτικό επίπεδο την εξουδετέρωση ή μείωση των επαγγελματικών παραγόντων που προκαλούν στρες
3. τη βελτίωση της προσαρμογής της εργασίας στον άνθρωπο (person job fit). Σε ατομικό επίπεδο πρέπει να βελτιωθούν οι δεξιότητες και να υπάρχουν πιο ρεαλιστικές προσδοκίες. Σε οργανωτικό επίπεδο πρέπει να αλλάξουν εργασιακές πρακτικές ανάλογες για παράδειγμα με τον προγραμματισμό του χρόνου προσέλευσης και αποχώρησης σε ασθενείς με πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου προκειμένου να αποφεύγουν το συνωστισμό.

Νοσηρότητα, απουσίες, πρόωρες συνταξιοδοτήσεις

Η απουσία λόγω ασθένειας αποτελεί σημαντικό δείκτη της ευεξίας του εργαζόμενου όσο και δείκτη απώλειας της παραγωγικότητας και οργανωτικών προβλημάτων. Πολλοί παράγοντες έχουν συσχετιστεί με την απουσία λόγω ασθένειας σε διάφορες εργασιακές ομάδες αν και οι μελέτες σε άλλες (π.χ. στους ιατρούς) είναι σπάνιες. Από μελέτες στα νοσοκομεία, οι απουσίες ανά έτος σε ποσοστό επί των ημερολογιακών ημερών διακυμάνθηκαν από 10 έως 11% στην Ολλανδία, τη Γαλλία και τη Γερμανία ενώ για την Ελλάδα έχει αναφερθεί ποσοστό περίπου 4%.

Μία διετής προοπτική μελέτη σε νοσοκομειακούς γιατρούς έδειξε ότι η συχνότητα των απουσιών ήταν σημαντικά χαμηλότερη σε σχέση με άλλες επαγγελματικές ομάδες. Από τους επαγγελματικούς παράγοντες η κακή συνεργασία της ομάδας σχετιζόταν με περισσότερες απουσίες στους γιατρούς ενώ ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, κοινωνικά και ατομικά χαρακτηριστικά είχαν μικρότερη επίδραση. Αλλά και γενικότερα, σε άλλες επαγγελματικές ομάδες η συχνότητα και η διάρκεια των απουσιών ήταν σε χαμηλά επίπεδα. Σε μεγάλη μελέτη στη Μ. Βρετανία καταγράφηκε ότι 60% των εργαζομένων στα νοσοκομεία δεν είχαν καμιά απουσία στη διάρκεια ενός έτους ενώ ένα 20% είχε μόνο μία απουσία. Η διάρκεια των απουσιών στο 71% των περιπτώσεων δεν ξεπέρασε την 1 εβδομάδα. Η κακή μεταχείριση και η άδικη επιβολή κυρώσεων στο χώρο εργασίας έχει επίσης συσχετιστεί με

την αύξηση των απουσιών λόγω ασθένειας στο προσωπικό του νοσοκομείου. Σε μελέτες σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες 3-8% των εργαζομένων είχαν πέσει θύματα κακής μεταχείρισης. Η κακή μεταχείριση και η άδικη επιβολή κυρώσεων στο χώρο εργασίας έχει επίσης συσχετιστεί με εξουθένωση, ψυχοσωματικά συμπτώματα, μειωμένη ικανοποίηση, άγχος, κατάθλιψη και τάσεις φυγής.

Σε μεγάλη βρετανική μελέτη των αιτιών θνησιμότητας ανά επαγγελματική ομάδα, διαπιστώθηκε ότι οι γιατροί γενικά παρουσίαζαν αυξημένη πιθανότητα για δηλητηριάσεις (οι άνδρες) και αυτοκτονίες (κυρίως οι γυναίκες) ενώ επίσης σχετιζόμενη με την εργασία στα νοσοκομεία φαίνεται να ήταν η αυξημένη επίπτωση κίρρωσης του ήπατος σε αναισθησιολόγους και η μικρή αύξηση των λευχαιμιών και κακοηθειών του δέρματος, του θυρεοειδούς και του μαστού σε αρχαιότερες σειρές (κοορτές) ακτινολόγων.

Μία άλλη βρετανική μελέτη έδειξε ότι οι συχνότερες αιτίες πρόωρων συνταξιοδοτήσεων σε εργαζόμενους στα νοσοκομεία αφορούσαν σε μυοσκελετικά, ψυχιατρικά και καρδιαγγειακά νοσήματα. Πολύ υψηλότερος δείκτης αποχωρήσεων καταγράφηκε στους οδηγούς ασθενοφόρων και ακολουθούσαν οι τραυματιοφορείς και το βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό.

Χρήσιμοι σύνδεσμοι

- http://www.bls.gov [στοιχεία BLS, USA, 2002-2004]
- http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001565.htm

Ενδεικτική βιβλιογραφία

Μυοσκελετικές παθήσεις

Alexopoulos EC, Burdorf A, Kalokerinou A. Risk factors for musculoskeletal disorders among nursing personnel in Greek hospitals. Int Arch Occup Environ Health 2003;76(4):289-94.

Alexopoulos EC, Stathi IC, Charizani F. Prevalence of musculoskeletal disorders in dentists. BMC Musculoskelet Disord 2004;9(5):16.

Smedley J, Egger P, Cooper C, Coggon D. Prospective cohort study of predictors of incident low back pain in nurses. BMJ 1997;314:1225-8.

Yassi A, Tate R, Cooper JE, Snow C, Vallentyne S, Khokhar JB. Early intervention for back-injured nurses at a large Canadian tertiary care hospital: An evaluation of the effectiveness and cost benefits of a two-year pilot project. Occupational Medicine 1995;45(4):209-214.

Δερματικές παθήσεις

Allmers H, Schmengler J, John SM. Decreasing incidence of occupational contact urticaria caused by natural rubber latex allergy in German health care workers. Journal of Allergy and Clinical Immunology 2004;114(2):347-351.

Diepgen TL, Coenraads PJ. The epidemiology of occupational contact dermatitis. Int Arch Occup Environ Health 1999;72:496-506.

Doutre MS. Occupational contact urticaria and protein contact dermatitis. Eur J Dermatol 2005;15:419-424.

Held E, WolV C, Gyntelberg F, Agner T. Prevention of work-related skin problems in students auxiliary nurses. An intervention study. Contact Dermatitis 2001;44:297-303.

Meding B, Wrangsjo K, Jarvholm B. Fifteen-year follow-up of hand eczema: predictive factors. J Invest Dermatol 2005;124(5):893-7.

Nettis E, Colonardi MC, Soccio AL, Ferrannini A, Tursi A. Occupational irritant and allergic contact dermatitis among health care workers. Contact Dermatitis 2002;46:101-107.

Page EH, Esswein EJ, Petersen MR, Lewis DM, Bledsoe TA. Natural rubber latex: Glove use, sensitization, and airborne and latent dust concentrations at a Denver hospital. Journal of Occupational and Environmental Medicine 2000;42(6):613-620.

Skoet R, Zachariae R, Agner T. Contact dermatitis and quality of life: a structured review of the literature. Br J Dermatol 2003;149:452-456.

Stingeni L, Lapomarda V, Lisi P. Occupational hand dermatitis in hospital environments. Contact Dermatitis 1995;33(3):172-176.

Strauss RM, Gawkrodger DJ. Occupational contact dermatitis in nurses with hand eczema. Contact Dermatitis 2001;44:293-296.

Weisshaar E, Radulescu M, Soder S, et al. Secondary individual prevention of occupational skin diseases in health care workers, cleaners and kitchen employees: aims, experiences and descriptive results. Int Arch Occup Environ Health 2007;80(6):477-84.

Άσθμα

Delclos GL, Gimeno D, Arif AA, et al. Occupational risk factors and asthma among health care professionals. Am J Respir Crit Care Med 2007;175(7):667-75.

Malo JL, Cartier A, L'Archeveque J, et al. Prevalence of occupational asthma and immunologic sensitization to psyllium among health personnel in chronic care hospitals. American Review of Respiratory Disease 1990;142(6):1359-1366.

Vandenplas O, Delwiche JP, Evrard G, et al. Prevalence of occupational asthma due to latex among hospital personnel. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 1995;151(1):54-60.

Λοιμώξεις

Bailey TC, Fraser VJ, Spitznagel EL, Dunagan WC. Risk factors for a positive tuberculin skin test among employees of an urban, midwestern teaching hospital. Annals of Internal Medicine 1995;122(8):580-585.

Bell DM. Occupational risk of human immunodeficiency virus infection in healthcare workers: An overview. American Journal of Medicine 1997;102(5):9-15.

De Vries G, Sebek MM, Lambregts-van Weezenbeek CS. Healthcare workers with tuberculosis infected during work. Eur Respir J 2006;28(6):1216-21.

Driver CR, Stricof RL, Granville K, et al. Tuberculosis in health care workers during declining tuberculosis incidence in New York State. Am J Infect Control 2005;33(9):519-26.

Garber E, San Gabriel P, Lambert L, Saiman L. A survey of latent tuberculosis infection among laboratory healthcare workers in New York City. Infect Control Hosp Epidemiol 2003;24(11):801-6.

Gogos CA, Fouka KP, Nikiforidis G, et al. Prevalence of hepatitis B and C virus infection in the general population and selected groups in South-Western Greece. European Journal of Epidemiology 2003;18(6):551-557.

Hofmann F, Wehrle G, Berthold H, Koster D. Hepatitis A as an occupational hazard. Vaccine 1992;10(1):82-84.